FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OVARITES SUPPURÉES

PATHOGÉNIE — MARCHE — TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1888

PAR

Amand-Louis-Eugène-François-Marie GRALL

Né à Pontrieux (Côtes-du-Nord), le 16 mars 1856

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MASSE,	professeur,	*président.*
DEMONS,	professeur,	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OVARITES SUPPURÉES

PATHOGÉNIE — MARCHE — TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1888

PAR

Amand-Louis-Eugène-François-Marie GRALL

Né à Pontrieux (Côtes-du-Nord), le 16 mars 1856

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	MASSE,	professeur,	*président.*
	DEMONS,	professeur,	*juges.*
	PIÉCHAUD,	agrégé,	
	DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
Accouchements	DENUCÉ.
	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD

Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR MASSE

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Officier de l'Instruction publique.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0048

INTRODUCTION

L'étude des suppurations enkystées du petit bassin est maintenant à l'ordre du jour.

Notre attention ayant été vivement attirée sur ce point par des publications nombreuses émanant de France et de l'étranger, nous avons pris pour sujet de notre thèse inaugurale la question des ovarites suppurées, soulevant des problèmes chirurgicaux très importants, résolus avec succès par d'éminents praticiens. Désirant faire un travail d'ensemble, nous avons cherché à le rendre intéressant, en réunissant les observations les plus récentes et les plus remarquables, et en nous inspirant des diverses communications faites aux Sociétés savantes.

Un sujet aussi vaste que celui de la suppuration des ovaires nous obligeait à des restrictions : laissant de côté les aperçus si intéressants que donne l'anatomie pathologique, nous avons préféré envisager seulement la pathogénie, la marche et le traitement.

Quelques considérations sur la séméiologie nous ont paru nécessaires, car c'est d'elle que découle le diagnostic.

L'intervention chirurgicale a été pour nous l'objet d'un soin tout particulier; nous regrettons de ne pas posséder d'observations personnelles à l'appui. Les audaces de la chirurgie sont lentes à se manifester chez nous; mais nous espérons que la laparotomie donnera bientôt en France d'aussi brillants résultats qu'à l'étranger.

Nous avons été largement secondé dans notre travail par

MM. Chevalier, Fage et Lespinasse, internes des hôpitaux, qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations et nous ont prodigué d'utiles renseignements.

Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre plus profonde gratitude.

Que M. le professeur Masse veuille bien recevoir enfin l'expression de nos plus vifs remercîments pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OVARITES SUPPURÉES

PATHOGÉNIE — MARCHE — TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

QUELQUES CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LES RAPPORTS DES OVAIRES

Sans entrer dans de longs détails sur l'anatomie de ces organes si importants de la femme, que Meckel désignait sous le terme si expressif « d'ateliers de la génération », nous désirons cependant, pour la clarté du sujet, indiquer certaines particularités qui éclaireront beaucoup la pathogénie et la marche de l'affection que nous nous proposons d'étudier.

Les ovaires, au nombre de deux, sont situés de chaque côté de l'utérus, dans l'aileron postérieur des ligaments larges.

D'après Waldeyer, l'ovaire est libre dans la cavité péritonéale; sa surface n'est pas recouverte par le péritoine, mais

cependant la séreuse ne s'arrête pas au niveau du point précis où commence l'ovaire, elle recouvre une petite portion du hile.

On dit que les ovaires sont libres dans la cavité pelvienne; mais leur mobilité est limitée par de nombreux ligaments; par les ligaments larges d'abord, par le ligament de l'ovaire, cordon plein, qui relie cet organe à l'utérus, et par celui de la trompe qui le rattache à l'extrémité frangée de ce canal.

L'ovaire est donc étroitement uni à la trompe (fibre du ligament rond postérieur, fibre du ligament ovarien) ; et même, sur le ligament tubo-ovarien, est fixée par sa face péritonéale la frange ovarique creusée d'un sillon (Deville), qui va s'attacher à l'ovaire.

Ces liens étroits nous expliquent la facilité avec laquelle le processus inflammatoire va de l'ovaire à la trompe et réciproquement. Sous des influences physiologiques ou pathologiques, ces moyens de fixité des ovaires sont susceptibles de se modifier.

Dans l'ovarite, ces organes tombent par leur propre poids dans le fond de la cavité du petit bassin et contractent là des adhérences qui troubleront plus tard leurs fonctions et pourront devenir cause de stérilité.

L'ovaire se déplace encore pendant la grossesse, mais il revient ensuite à son siège primitif.

Il peut enfin dévier de sa situation normale, soit parce qu'il se hernie en passant par l'une des ouvertures naturelles, soit parce qu'il est poussé dans un sens ou dans l'autre par le développement d'une tumeur dans son voisinage.

Il est probable que dans l'effort, surtout lorsque les ligaments présentent un certain degré de laxité, les ovaires pressés par la masse intestinale subissent un changement de situation qui tend à les rapprocher de la paroi inférieure du petit bassin.

Rapports immédiats. — On peut dire que la portion libre de l'ovaire est entourée par l'intestin grêle de tous côtés; la face

antéro-supérieure est en rapport avec l'aileron moyen, la trompe et les circonvolutions intestinales.

Le bord convexe, libre, la face postéro-inférieure, répondent également à des circonvolutions.

Le bord rectiligne adhérent est en rapport avec les vaisseaux et les fibres musculaires qu'il reçoit.

Rapports médiats. — Médiatement, l'ovaire répond en avant à la paroi antérieure de l'excavation pelvienne et par suite de l'orientation asymétrique de l'utérus (Kraüse), l'ovaire droit se trouve sur un plan un peu postérieur à celui du côté gauche.

En arrière, l'ovaire est séparé de l'articulation sacro-iliaque par un espace d'environ deux centimètres. Kraüse décrit à ce niveau une facette ovarique située à un centimètre au-dessous du détroit supérieur et limitée en bas par le bord du muscle pyramidal, en haut par les branches postérieures des vaisseaux hypogastriques, qui la séparent du bord interne du psoas.

Nous ne saurions trop insister sur ces rapports médiats des ovaires avec le psoas, qui agissant comme un muscle fléchisseur de la cuisse sur le bassin, peut déterminer à la longue la compression et l'inflammation de ces organes si importants du petit bassin.

Nous discuterons d'ailleurs ce point de physiologie à l'article de la pathogénie.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DES OVARITES SUPPURÉES

Nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer la suppuration des ovaires.

Nous n'entendons pas parler seulement de la suppuration diffuse, mais nous englobons sous notre dénomination toute formation de pus, quelle qu'en soit la quantité.

L'ovarite suppurée ne dérive pas fatalement de l'ovarite aiguë; nous rappelons que toute collection purulente enkystée de l'ovaire ne saurait traduire nécessairement une ovarite, et bon nombre de ces collections, les plus volumineuses surtout, doivent être rapportées à des kystes dans lesquels la suppuration s'est produite secondairement.

Notre cadre étant ainsi tracé, nous devons diviser les causes en prédisposantes et déterminantes.

Les causes prédisposantes sont toutes celles qui favorisent la congestion des ovaires et sont analogues par conséquent à celles qui influent sur l'éclosion des ovarites simples.

Causes prédisposantes. — *Age* : Il est de toute évidence qu'une prédisposition à l'hyperhémie ovarienne est créée de toutes pièces par l'époque de l'activité sexuelle. C'est dans tout l'épanouissement de la puberté, de 15 à 35 ans, que nous observerons le plus d'ovarites.

L'ovaire se congestionne pendant la menstruation ; c'est ce

qu'avait déjà reconnu Lecot (1), lorsqu'il disait que la menstruation est une espèce de phlogose voluptueuse et en quelque sorte hémorroïdale. La ponte ovarienne s'accomplit plus ou moins facilement chez la femme, et si elle se trouve dans l'état de *minoris resistantiæ*, elle peut assister à l'évolution d'une inflammation franchement aiguë de l'ovaire, qui, sous l'influence de causes diverses peut conduire à la suppuration.

Car, ainsi que le dit Chereau (2) : « le travail propre à l'élimination de l'œuf éprouvera alors des obstacles, la surexcitation qui en résultera engorgera l'organe, et alors pourraient se développer des phénomènes franchement inflammatoires. »

Tempérament, Diathèses. — Ces deux causes ne sont pas de minime importance et peuvent pour une large part préparer le terrain aux ovarites. On a décrit non sans raison le tempérament ovarien qui est l'apanage des nerveuses et des faibles. Ces organismes débilités sont des lieux d'élection pour l'explosion d'accidents morbides du côté des ovaires. Gallard l'a bien entrevu, puisqu'il s'exprime ainsi dans une de ses cliniques : « vous voyez une cause prédisposante, déprimante qui agit en amoindrissant la force de résistance de l'organisme. Ici c'est la phtisie, dans un autre cas, ce pourra être une autre diathèse ou de la chlorose, ou le défaut d'alimentation, ou une habitation insalubre, ou tout autre mauvaise condition hygiénique affaiblissant la femme, et parmi ces causes de débilitation qui prédisposent à l'ovarite, il ne faut pas oublier les fatigues auxquelles s'exposent les femmes du monde par leurs veilles prolongées, lesquelles peuvent agir à la fois et comme cause prédisposante ou débilitante et comme cause déterminante.»

Les femmes à tempérament ovarien peuvent être impression-

---

(1) Nouveau système sur la cause de l'écoulement périodique.

(2) Mém. pour servir à l'étude des maladies de l'ovaire, Paris 1844.

nées par toutes les excitations génitales qui déterminent une congestion vers les organes du petit bassin.

Nanche insiste sur ce que ce sont surtout les femmes jeunes, sanguines, douées de passions vives, qui sont atteintes des accidents de l'ovarite.

L'onanisme et ses abus sont éminemment propres à la provoquer et à l'entretenir.

Martin-Solon prétend que chez certaines femmes la privation des excitations sexuelles peut aussi provoquer ce processus inflammatoire.

A l'appui de cette assertion, Rinninger rapporte un cas d'ovarite, recueilli chez une courtisane, qui fut subitement arrachée à ses rapports sexuels de tous les instants.

Aran est aussi d'avis d'incriminer beaucoup la continence absolue chez les femmes.

La manière de vivre et la constitution des sujets offrent donc pour la pathogénie un intérêt particulier.

L'état anatomique et physiologique des ovaires peut aussi entrer en ligne de compte.

« Scanzoni prétend que lorsque des ovaires sont situés trop profondément, la difficulté qu'ils éprouvent à éclore peut déterminer une ovarite, par l'exagération de la congestion ovarienne qu'elle y provoque, et la prolongation qu'elle lui impose. »

Une autre opinion émise par Chéreau est que l'ovarite peut résulter de l'adhérence anormale du follicule à la capsule de de Graaf.

La disparennie de Barnes, ou l'obstacle au rapprochement sexuel, doit aussi être envisagée. Quand le coït est tenté et non consommé, il semble que l'excitation portée en ce cas sur les organes génitaux externes suffit à déterminer l'afflux ovarique, et état congestif consécutif.

Profession. — Cette influence n'est pas à contester, car

dans les nombreuses observations que nous avons parcourues, il s'agit de femmes exerçant une profession pénible. Le métier que nous sommes conduit à incriminer le plus, c'est celui de piqueuse à la machine.

Cette action néfaste sur les organes génitaux de la femme a été mise d'abord en lumière par M. Guibout qui lui a attribué la rachialgie, la chlorose et même la nymphomanie.

Gallard, dans son traité des maladie des femmes, est longuement revenu sur la question. Il accuse surtout la machine à deux pédales, dont l'effet, d'après lui, serait analogue à celui que produit la masturbation.

C'est en effet, comme il le fait remarquer, en sollicitant une congestion permanente du système génital que l'usage des machines à coudre exerce ses effets morbides les plus fâcheux et les moins contestés.

M. Lespinasse, qui dans un travail récent, a fait des réflexions intéressantes sur ce point, a bien voulu nous communiquer quelques renseignements complémentaires.

D'après lui, une cause anatomique doit être aussi invoquée : c'est l'action du muscle psoas, qui agit très activement pour faire courir la pédale. Dans le petit bassin, ce muscle affecte des rapports médiats très importants avec l'ovaire, comme nous l'avons signalé au chapitre de l'anatomie. Dans la flexion de la cuisse sur le bassin, cet organe serait comprimé, et de ce travail mécanique incessant résulterait l'hyperhémie ovarienne. C'est là un point très-intéressant dans la physiologie pathologique de l'ovaire qui a été aussi mis en lumière par M. Tissié, sous-bibliothécaire à la Faculté, au sujet de l'action du vélocipède sur les organes génitaux de la femme.

De nombreux faits pourraient être cités à l'appui de ces théories. Dans une observation du Dr Boursier, de Creil, deux femmes, à la suite de l'usage prolongé d'une machine à coudre,

avaient été atteintes, l'une de métrite, l'autre de kyste de l'ovaire, très rapidement développé.

Dans le travail de M. Lespinasse, nous trouvons plusieurs cas d'affections ovariennes où dans les antécédents figure en tête le surmenage à la machine.

Témoin l'observation d'Alice B..., nullipare et non tuberculeuse, atteinte d'ovarite suppurée double, et surmenée dès l'enfance par le travail à la machine.

A côté de l'influence exercée par le surmenage professionnel, nous pouvons placer tous les traumatismes, car le travail à la machine est une sorte de traumatisme lent, mais sûr.

Tous les coups ou les pressions violentes exercées vers la fosse iliaque, sont susceptibles de provoquer l'inflammation de l'ovaire.

Velpeau a surtout insisté sur cette étiologie.

Une chute sur le siège ou sur les membres inférieurs peut encore y donner lieu, ainsi que le remarque H. Bennett.

Les déplacements de l'ovaire, ses hernies, voire même l'étranglement herniaire de l'ovaire sont incriminés par le même auteur.

Influences de voisinage. — L'ovaire affectant des rapports étroits avec les organes les plus importants du petit bassin, toutes les inflammations ou affections d'autre nature peuvent se propager de ces organes à l'ovaire.

C'est ainsi que l'utérus, dans ses simples déplacements, a pu, quoique très rarement, causer l'ovarite.

D'apres Leroy d'Etiolles, les injections intra-utérines et aussi les manœuvres imprudentes exercées pendant l'accouchement peuvent la déterminer.

Churchill aurait observé un cas dans lequel l'ovarite put être attribuée à la pression exercée par la tête du fœtus sur l'ovaire.

Dans une communication de M. Comby (1880), nous voyons un cas de péritonite aiguë généralisée survenue à la suite de la compression de l'ovaire gauche, chez une hystérique. C'est dans une de ses crises, que la jeune fille en question ayant subi un choc un peu violent sur l'ovaire succomba à la péritonite et présenta à l'autopsie deux ovaires fortement congestionnés et ramollis.

En insistant sur les inflammations de l'ovaire dues à ses connexions avec les organes voisins, nous trouverions bien d'autres faits.

Il est des femmes chez lesquelles l'irritation du col de l'utérus provoque aussitôt une réaction congestive, douloureuse, et parfois même inflammatoire sur l'ovaire.

H. Bennett signale aussi la métrite du col comme une des causes de l'ovarite.

Toutefois Astruc est d'avis que l'ovarite est plus souvent en rapport avec la métrite du corps qu'avec l'inflammation du col de l'utérus.

Certains auteurs ont trouvé à ces faits des interprétations physiologiques ; nous citerons notamment Lucas Championnière qui pense que les lymphatiques, enflammés consécutivement, transportent et étendent jusqu'à l'ovaire l'inflammation du col de l'utérus. D'autres écrivains invoquent l'influence de névralgies réflexes.

Dans certains cas d'ovarite double, on peut d'ailleurs recourir comme explication à la sympathie nerveuse.

Les affections carcinomateuses du col de l'utérus peuvent aussi s'accompagner d'ovarite. Churchill insiste sur les relations que peut présenter l'ovarite avec le cancer. La tuberculose de l'utérus peut s'accompagner des mêmes phénomènes.

Toutes ces causes nous montrent donc que l'ovaire est en connexion intime avec l'utérus.

Influence des maladies en général. — Slavjansky a fait d'abord remarquer la corrélation qui existe entre l'ovarite et les diverses pyrexies.

Nous ne parlerons pas du rhumatisme qui est classé par nous dans la deuxième catégorie des causes, et qui peut être regardé, il est vrai, comme cause prédisposante et déterminante.

Parmi les causes les plus banales, nous citerons les oreillons qui peuvent, rarement il est vrai, conduire les ovaires à la suppuration.

Les observations rapportées par les auteurs sont plutôt des cas de fluxions que d'inflammations vraies.

L'ovarite varioleuse est mieux prouvée et nous savons que sur sa nature de nombreuses hypothèses ont été admises; cependant, les faits de ce genre n'abondent pas, et dans la thèse récente de Scaglia nous trouvons relatés 5 cas, dont 3 ont été vérifiés par l'autopsie.

Parmi les grandes pyrexies, le typhus est surtout susceptible de déterminer l'ovarite, et Kœberlé a même cité certains cas d'ovarite folliculeuse.

Causes déterminantes. — Parmi les éléments pathogènes que nous avons déjà envisagés, certains agissent à la fois comme facteurs prédisposants et déterminants.

Toutefois, ceux que nous allons maintenant examiner nous paraissent avoir une action plus directe, et nous passerons successivement en revue, selon leur importance, la puerpéralité, la pyohémie, la tuberculose, la blennorrhagie, le rhumatisme.

Puerpéralité. — Disons tout d'abord que l'ovarite est assez rare en dehors de la puerpéralité; toutefois, parmi les faits nouveaux que nous avons suivis, nous devons dire que nous avons trouvé des cas d'ovaro-pyo-salpingite chez des nullipares et même chez des vierges.

Il n'en est pas moins avéré, selon la juste remarque de M. le professeur Brouardel, que la suppuration des ovaires est rare en dehors de l'infection purulente et de la puerpéralité.

Cette influence de la puerpéralité sur la production des ovarites suppurées a été d'abord mise en relief par Ant. de Jussieu en 1746, Alb. de Villers et Fontaine. D'autres hommes, illustres en obstétrique, se sont occupés de la question, notamment Aran, Hervieux, Puzos, Morgagni, etc.

Chez les nouvelles accouchées, cette affection peut être consécutive aux lésions du système lymphatique qui se produisent du côté de l'ovaire, ainsi que dans l'utérus, le péritoine, les ligaments larges. Hervieux invoque à cet égard la septicémie puerpérale; enfin Dance, Thierry, Béhier, croient qu'il faut incriminer la phlébite ovarienne.

En tous cas, cette cause agit rapidement, car ce qui caractérise anatomiquement l'ovarite puerpérale, c'est la promptitude avec laquelle la suppuration s'établit et envahit l'organe en entier.

En trois ou quatre jours l'ovaire est purulent et la mort peut arriver dans ce court délai (Velpeau).

Sa fréquence n'est pas contestable, car, si nous parcourons quelques statistiques d'épidémies de fièvre puerpérale, nous la trouvons relatée très souvent.

Sur 686 cas de Boivin et Dugès : 37 ovarites.

Sur 222 cas de Tonnelé : 58.

Sur 133 cas de Béhier : 75.

Elle est essentiellement grave et se termine assez brusquement, car ces abcès de l'ovaire s'ouvrent très souvent dans le péritoine.

Infection purulente. — Cette influence ne se manifeste pas dans les mêmes proportions qu'autrefois, car la pyohémie est en

somme une rareté depuis les conquêtes de la chirurgie contemporaine.

Mais dans beaucoup de cas de septicémie, l'autopsie a démontré des ovaires purulents.

Cette pathogénie ne donnant lieu à aucune discussion, nous n'insisterons pas davantage à cet égard.

Tuberculose. — Chez les phtisiques, l'ovarite n'est pas très rare, même en dehors du développement de tubercules dans les voies génitales.

Quelquefois même, alors qu'il existe seulement quelques tubercules dans les poumons, on peut trouver les bacilles caractéristiques de Koch dans le pus des ovaires.

Dans une observation de Raynaud, citée dans la thèse de M. le professeur Brouardel, on peut même voir que la tuberculisation pulmonaire est une des conséquences probables de l'ovarite. M. Trélat, qui étudia le cas, prétenditque, pour lui, le point de départ de la suppuration était l'ovaire. M. Besnier fit des réserves sur la nature de l'altération ovarique : « Les deux ovaires sont rarement le siège d'une suppuration semblable. »

Le tubercule nous paraît en effet être la cause le plus souvent directe de la suppuration des ovaires.

Si nous voulions suivre l'évolution du processus pathologique, nous trouverions : d'abord des tubercules crus de l'ovaire; ceux-ci suppurent et ne laissent subsister qu'une coque membraneuse, l'albuginée; celle-ci enfin peut se rompre dans le péritoine.

La suppuration des ovaires, d'origine tuberculeuse, est en somme assez fréquente.

Sur 45 cas de tuberculose des organes génitaux, nous trouvons la suppuration des trompes et des ovaires 7 fois et de l'ovaire seul 4 fois.

Blennorrhagie. — Cette affection est une cause assez fréquente de suppuration des ovaires.

Dominique Panaroli paraît être le premier auteur (1652) qui ait établi une relation entre l'ovarite et la blennorrhagie. Il cite une observation d'ovarite suppurée survenant après une gonorrhœa assidua.

Hunter, Ricord, Fournier ont observé des lésions semblables. L'inflammation de l'ovaire peut être accompagnée ou même précédée de l'inflammation de la trompe.

Un auteur américain, Saenger, a publié le 12 février 1887 une classification des ovaro-salpingites d'origine blennorrhagique, basée sur l'action des microbes pathogènes .D'après lui, les ovaro-salpingites blennorrhagiques, produites par le gonococcus de Neisser, ne s'accompagnent jamais de suppuration destructive des annexes utérins. Les abcès que l'on rencontre dans les parois des trompes, dans les ligaments larges, dans les ovaires, sont dus à une infection septique, mais non blennorrhagique. La présence des gonocoques dans l'ovaro-salpingite suppurée d'origine blennorrhagique, n'est pas constante. En laissant de côté le fait de Noeggerath (*Américain. journ. of obstet.*, octobre 1885), où il a été trouvé dans le pus deux espèces de micro-organisme très analogues, mais non identiques aux gonocoques, seul Westermark (Hyg. janvier, 1886) a pu déceler d'une façon indubitable l'existence de ces derniers dans le pus des trompes.

Ortmann en rapporte un second cas. Il s'agit d'une femme de 22 ans, contagionnée par son mari. A. Martin lui enleva avec succès les trompes et les ovaires. Le pus ne contenait d'autres métrorganismes que les gonocoques.

Mais Ortmann n'a pas réussi à en découvrir dans les tissus de l'organe même.

Pour Lawson Tait, expert en la matière, la blennorhagie est une des causes les plus fréquentes de l'affection que nous étudions.

Cette pathogénie microbienne vient renverser les diverses théories émises autrefois sur l'ovarite blennorrhagique : celle de Mélier (1832), invoquant un simple retentissement sympathique, celle d'Aran, Fournier, d'après laquelle la propagation de l'inflammation se fait de la muqueuse utérine à la trompe, puis au péritoine ovarique.

Rhumatisme. — A côté de ces grands facteurs : puerpéralité, tuberculose et blennorrhagie, le rhumatisme ne joue qu'un bien faible rôle,

Toutefois, l'abcès ovarien, d'origine rhumatismale, n'est pas douteux, puisque, comme nous le verrons, des observations en font foi.

D'après la juste remarque de M. Gallard, le caractère rhumatismal de l'ovarite ne saurait être évident que dans les cas où elle se développe chez un sujet rhumatisant ou en coïncidence avec d'autres manifestations rhumatismales, soit qu'elle les accompagne, soit qu'elle les remplace.

Une remarquable observation de Copland peut beaucoup éclairer à cet égard.

« Il s'agit d'une femme de 26 ans, qui n'avait jamais eu de grossesse et qui était habituellement réglée tous les 15 jours. Cette femme, se trouvant au troisième jour d'un rhumatisme articulaire aigu et presque au moment de ses règles, fut prise d'une ovarite double suraiguë qui guérit bientôt après le retour des règles.

» Cette même femme eut plus tard un abcès de l'ovaire, lequel s'ouvrit dans le rectum, et la malade mourut dans la suite phtisique. »

D'autres observations sont citées où l'étiologie n'est pas bien nette ; aussi gardons-nous de trop d'enthousiasme au sujet de cette pathogénie.

De toutes ces considérations, il ressort que les causes qui

peuvent déterminer la suppuration des ovaires et des trompes sont aussi nombreuses que variées.

Souvent la puerpéralité ou la tuberculose sont invoquées, ailleurs c'est la blennorrhagie; mais quelle explication donner lorsqu'il n'existe aucun de ces facteurs?

Nous publions une observation récente, où il s'agit d'une jeune fille vierge et non tuberculeuse.

Peut-on ici invoquer le surmenage chez un sujet faible, et un traumatisme peu actif mais incessant sur la région ovarienne ?

C'est d'ailleurs le seul refuge ouvert à la discussion, et nous croyons pour notre part que le surmenage, s'exerçant principalement chez une jeune fille sur la sphère génitale, peut contribuer pour une large part à l'éclosion de cette affection, s'il est aidé par diverses circonstances morbides.

CHAPITRE III

SYMPTOMES. — MARCHE. — TERMINAISONS

Que l'ovarite soit aiguë, qu'elle soit passée à l'état chronique, ou qu'elle soit primitivement chronique, en général elle ne devient purulente qu'après un certain temps; c'est dire qu'elle s'est déjà manifestée par des symptômes bien nets. Nous dirons plus loin s'il y a lieu de décrire une ovarite suppurée d'emblée.

Symptômes subjectifs. — Une femme se plaint depuis quelque temps de douleurs plus ou moins intenses dans l'une ou dans les deux fosses iliaques. Ces douleurs s'irradient dans les membres inférieurs, les lombes, les régions inguinales et sacrées; augmentent au moment des règles, après une fatigue.

Les règles sont irrégulières. Il y a de la ménorrhagie, de l'aménorrhée, ou de la dysménorrhée; dans l'intervalle des pertes sanguines, de la leucorrhée permanente.

Quelquefois du ténesme vésical et rectal.

On a constaté par le palper abdominal et par les différents touchers, la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, plus ou moins empâtée, située généralement dans le cul-de-sac utéro-rectal.

En même temps il y a quelques troubles digestifs, un peu de fièvre le soir, un état général mauvais.

En résumé, d'après ces signes on a posé le diagnostic d'ovarite.

Tout à coup éclatent des symptômes nouveaux qui viennent annoncer la formation du pus.

Formation du pus. — On voit apparaître des frissons qui se reproduisent plusieurs fois par jour et qui, comme l'indique Mathew Duncan, finissent par se transformer en une véritable fièvre hectique. Le pouls est petit, les douleurs deviennent plus vives; les malades éprouvent une sensation de pesanteur dans la partie malade.

Les symptômes généraux s'accentuent quelquefois. Dans la plupart des cas au contraire ils s'amenderaient, d'après Churchill. Plusieurs auteurs insistent sur la forme typhoïde que prennent ces accidents à la période de suppuration de l'ovarite.

Il se produit une tuméfaction diffuse du petit bassin.

Il y a des vomissements porracés.

Les symptômes objectifs sont de tous les plus importants.

Symptômes objectifs. — Par la palpation abdominale on peut, si la douleur n'est pas trop vive, sentir une tumeur empatée dans l'une ou dans les deux fosses iliaques.

Par le toucher vaginal on constate que le vagin est chaud, le col utérin douloureux, quelquefois dévié. Le cul de sac qui correspond à l'ovaire malade est effacé en partie , très sensible. Si l'abcès est volumineux, il est rempli d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine, rarement aussi grosse que le poing. qui laisse percevoir de l'élasticité et même de la fluctuation, ainsi que la montré Récamier, à condition qu'au toucher vaginal on joigne le palper abdominal.

Mais c'est le toucher rectal qui donne incontestablement les meilleurs résultats. En suivant les bords latéraux de l'utérus on trouve une tumeur plus ou moins volumineuse, douloureuse, rénitente et même fluctuante.

Si l'on combine le toucher rectal avec le toucher vaginal, on peut assez facilement saisir la tumeur, l'immobiliser, et en lui imprimant des pressions alternatives avec les deux mains, percevoir nettement la fluctuation.

Simon avait conseillé, dans les cas difficiles, d'introduire la main toute entière dans le rectum, mais c'est là une manœuvre brutale et dangereuse, absolument condamnée par tous les chirurgiens français.

Formes insidieuses.— Si presque toujours les symptômes, se présentant ainsi, sont assez nets pour permettre le diagnostic, il faut bien savoir qu'on a signalé des abcès limités, absolument insidieux et qui n'ont été reconnus qu'à l'autopsie.

Ovarites suppurées d'emblée. — Y a-t-il une forme d'ovarite suppurée qui soit purulente d'emblée ?

Dans certaines circonstances, et en particulier dans la puerpéralité, dans ces formes qu'on a décrites sous le nom d'ovarites suraiguës, les symptômes ont une telle violence, la marche une telle rapidité, que nous n'hésitons pas à faire de ces formes infectieuses, des ovarites suppurées d'emblée.

Une femme ressent des douleurs très aiguës dans une des fosses iliaques avec irradiations lombaires, hypogastriques, inguinales ; la fièvre est vive ; le facies profondément altéré ; le pouls petit, fréquent ; il y a des nausées, des vomissements. Par le toucher rectal et le toucher vaginal on constate la présence d'une tumeur ovarienne.

Au bout de quelques jours ou d'une semaine la mort arrive et à l'autopsie on trouve déjà du pus.

Tel est le tableau de ces ovarites suraiguës qui nous paraissent bien être des ovarites suppurées d'emblée.

Marche et terminaisons. — Quand le pus s'est formé dans les vésicules de l'ovaire, il peut y rester très longtemps enkysté, mais au bout d'un certain temps il s'étend au parenchyme de l'organe et fait alors des progrès rapides. Si la suppuration s'est établie d'emblée dans le parenchyme de l'ovaire, la marche est aussi plus rapide.

Quoi qu'il en soit, l'ovaire peut s'entourer d'une atmosphère

de péritonite chronique et l'abcès rester enkysté, emprisonné qu'il est par les fausses membranes qui forment une sorte de manchon à l'ovaire. D'après Gallard, il est impossible de calculer le temps pendant lequel les collections purulentes peuvent rester ainsi limitées à l'ovaire.

Cependant, à moins que la mort n'arrive avant par infection purulente, ou par épuisement, la quantité de pus augmente, la poche de l'abcès s'amincit et finit par se rompre. Souvent la rupture a lieu beaucoup plus tôt.

Le pus peut faire irrruption dans le péritoine, ce qui entraîne presque toujours la mort par péritonite suraiguë, ou par choc abdominal et collapsus immédiat. Mais l'ouverture dans le péritoine est très rare, comme nous l'avons déjà fait entrevoir, à cause des adhérences péritonéales.

Quelquefois le péritoine ayant contracté des adhérences non seulement avec l'ovaire, mais aussi avec les organes voisins et avec la paroi abdomiable, une simple fistule s'établit, et l'abcès ovarien se trouve transformé en abcès pelvien, ou abcès de la fosse iliaque.

R. Sée, Lizé ont cité des observations où l'écoulement du pus se faisait en suivant le ligament rond ou les vaisseaux cruraux, par le canal inguinal ou par l'arcade crurale.

Montault, dans le *journal des progrès des Sciences Médicales* (1834), rapporte une observation d'ouverture d'abcès ovarique dans le colon iliaque du côté gauche.

Dupuytren a rapporté un cas d'ouverture dans le cœcum.

L'abcès peut s'ouvrir dans les autres portions de l'intestin, dans le colon descendant en particuliər.

Quelquefois le pus passe dans les trompes lesquelles le transportent dans l'utérus d'où il s'écoule dans le vagin.

Mais il peut y avoir perforation de l'utérus lui-même, si l'on en croit Boivin et Dugès.

Une terminaison un peu plus fréquente est l'ouverture de l'abcès dans la vessie. Boivin et Dugès, Andral, Murat, Gallard, en ont cité des cas. Mais pour qu'elle ait lieu, il faut supposer une position anormale de l'ovaire malade. Lorsque le pus arrive dans la vessie, la malade sent un besoin irrésistible d'uriner et rend un liquide purulent par l'urèthre. Cette émission d'urine purulente peut persister plus ou moins longtemps.

L'ouverture par le vagin est beaucoup plus fréquente; ce serait même la plus habituelle d'après Aran. Husson, Dance, Cruveilhier, Courty en ont observé des cas. Chez la femme dont nous rapportons l'observation empruntée au Journal de médecine de Bordeaux, il y avait une ouverture vaginale.

De toutes les ouvertures spontanées, la plus fréquente et la plus heureuse, peut-on dire, est celle qui se fait par le rectum. Les observations en sont très nombreuses. Cette fréquence s'explique facilement si l'on songe que l'ovaire enflammé vient presque toujours se loger dans le cul-de-sac utéro-rectal, et que là il n'est séparé de la cavité rectale que par une paroi assez mince. C'est, avons-nous dit, la terminaison la plus favorable parce que c'est celle qui compte le plus de guérisons avérées.

Dans certains cas, l'abcès se fait jour à la fois dans plusieurs organes : dans le rectum et la vessie (Boivin et Dugès); dans le rectum et le vagin (observat. de M. Lespinasse).

Une fois l'abcès ouvert, au bout d'un certain temps, l'écoulement du pus peut cesser et la santé se rétablir, au prix d'une stérilité absolue bien entendu, si les deux ovaires ont été malades.

Mais le plus souvent le pus continue à s'écouler, soit qu'il existe en très grande quantité (Taylor a décrit un abcès contenant 20 pintes de pus), soit qu'il se reproduise indéfiniment.

Dans ces cas, outre les symptômes fonctionnels que le con-

tact du pus amène dans les différents organes : envies fréquentes d'uriner, douleurs vésicales, urines troubles et purulentes, si le pus s'écoule dans la vessie ; ténesme, besoins fréquents de la défécation si la rupture s'est faite par le rectum; la fièvre hectique ne tarde pas à apparaître. Les malades sont amaigries, abattues; leurs traits sont tirés, leur yeux excavés. La langue est sèche, rouge sur les bords, la soif est vive. Il y a quelquefois de la diarrhée. La température reste constamment élevée pour descendre quelquefois au-dessous de la normale dans les derniers jours. Le pouls est petit, fréquent. La mort arrive par consomption.

Souvent la durée est très longue parce que le pus ne s'écoule que d'une façon intermittente, s'arrêtant, recommençant, pouvant se faire jour par plusieurs points successivement.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Résorption du pus. — La suppuration de l'ovaire étant établie, faut-il attendre des efforts de la nature ou de l'action d'un traitement interne la résorption du pus ?

C'est ce que pensaient quelques anciens chirurgiens. Ils étaient d'avis en tous cas de ne pas intervenir, convaincus que la résolution pouvait se produire dans certains cas, ou bien qu'il valait mieux laisser agir la nature et attendre l'ouverture spontanée de l'abcès. Velpeau dans ce but conseillait le mercure, l'iode et ses composés intus et extra.

Aran dit que le pus fuse assez rarement, emprisonné qu'il est dans l'espèce de kyste formé par les fausses membranes. Il fait remarquer qu'une ouverture artificielle n'empêche pas toujours une ouverture naturelle de se produire ; que la fièvre hectique peut succéder à l'une comme à l'autre ; enfin qu'il est impossible d'affirmer que le pus ne sera pas résorbé et que la maladie ne guérira pas sans qu'aucune ouverture ne se soit produite.

En effet on a observé des cas analogues. Dans un cas publié par Martin Solon et observé à l'hôpital Beaujon, le pus fut résorbé alors qu'on songeait à ponctionner le kyste.

Mais c'est là un mode de terminaison excessivement rare, sur lequel il serait presque toujours inutile et souvent dangereux de compter.

Dans la majorité des cas, comme nous l'avons indiqué, l'ab-

cès s'ouvre dans un des viscères abdominaux ou à l'extérieur.

Si le pus a fait irruption dans la vessie, dans le cœcum, s'il s'écoule librement par ces différentes voies, on peut attendre quelques jours pour voir si la guérison ne survient pas spontanément, ainsi que Boivin et Dugès et d'autres chirurgiens en ont relaté des observations.

Nécessité de l'intervention. — Si l'abcès vient faire saillie dans le rectum, le vagin, ou vers la paroi abdominale, il faut absolument intervenir. Faures (Gazette hebdom.), Courty, etc., citent il est vrai des cas de guérison d'abcès ovariques après ouverture spontanée. Ce sont là des cas rares sur lesquels il ne faut pas compter.

Il faut intervenir parce que la présence de pus dans une poche en facilite la formation; parce que la tumeur peut prendre un grand développement, le pus fuser au loin en produisant des désordres et des décollements irréparables.

L'abcès, s'il ne trouve une ouverture à l'extérieur, peut s'ouvrir dans le péritoine. Si l'ouverture se fait spontanément : ou bien elle se fait très lentement en provoquant des douleurs qu'on aurait pu éviter aux malades, ou bien elle se fait dans un point défavorable. Enfin dans bien des cas le sujet, miné par une longue maladie, n'est plus en état d'arriver à la guérison après l'ouverture de l'abcès.

Moment de l'intervention. — Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il faut donner artificiellement une issue au pus dans le point où l'abcès vient faire saillie. Faut-il pour cela attendre que la fluctuation soit très manifeste, comme le veut Lisfranc, ou que des adhérences se soient formées, comme le veut Churchill. Nous ne le pensons pas. Avec la majorité des chirurgiens contemporains, nous croyons qu'il y a avantage à ouvrir de bonne heure un foyer purulent. Aussi estimons-nous

que l'on doit intervenir dès que la suppuration est confirmée et dès que la route par laquelle le pus tend à sortir s'est manifestée par la marche des accidents.

Incision de l'abcès. — Le pus vient-il soulever la paroi abdominale, on incise cette paroi après avoir déterminé d'avance des adhérences à l'aide de l'application de caustiques tels que la pâte de Vienne, d'après le procédé de Récamier pour les abcès du foie. On peut encore employer la méthode que Graves a imaginée pour les abcès du foie : inciser d'abord une certaine épaisseur de paroi abdominale, puis appliquer des cataplasmes qui déterminent l'ouverture définitive.

Quand l'abcès proémine dans le vagin, on emploie le bistouri qu'on porte, avec ou sans spéculum, jusque sur la partie la plus déclive et le point le plus saillant de la tumeur. On peut se servir d'un bistouri droit ordinaire, après l'avoir entouré d'un linge jusqu'à 1 ou 2 centimètres de sa pointe, et on le porte à plat sur le doigt indicateur jusqu'au point le plus rénitent. On fait pénétrer le bistouri avec une pression modérée jusqu'à ce que l'on sente une résistance vaincue ou que l'on voie le pus s'écouler.

L'ouverture par le rectum est à peu près identique. Après avoir recherché le point le plus fluctuant, on y porte la pointe d'un bistouri dont on conduit la lame sur le doigt indicateur. Byford (1) dilate l'anus préalablement.

Dans tous les cas il faut pratiquer de petites ouvertures de préférence. C'est pour atteindre ce but que bien des chirurgiens ont l'habitude de se servir du trocart.

Drainage. — Après avoir ouvert l'abcès on doit favoriser son évacuation ; pour cela il faut introduire un ou plusieurs drains ; quelquefois en faire passer un par une contre-ouverture. Disons que le chirurgien est quelquefois obligé de sup-

(1) Soc. Gynec. Chicago, 1885.

primer les drains en raison des douleurs que leur présence provoque et de la suppuration plus grande qu'ils déterminent, ceux-ci agissant alors comme de véritables corps étrangers. Il est bon aussi d'exercer une compression légère sur la poche pour faciliter son évacuation.

Injections. — Pour combattre la septicité et aussi pour modifier les parois du foyer purulent, on a l'habitude de faire des injections dans ce foyer, injections antiseptiques, modificatrices, détersives, solutions phéniquées, de sublimé, solutions de chlorure de zinc, solutions iodées. Mais ces injections ne sont pas toujours sans dangers ; elles peuvent déterminer des péritonites mortelles par suite de la communication de la poche avec le péritoine ; elles peuvent produire des phénomènes d'intoxication. Jeannel a rapporté une observation de iodisme aigu à la suite d'une injection iodée dans un kyste de l'ovaire.

Si donc on fait des injections, il est prudent de n'employer que des solutions faibles ou mieux de l'eau chaude fraîchement bouillie et de les pousser doucement dans la cavité purulente.

Laparotomie. — De nos jours, les progrès de la chirurgie abdominale ont rendu les opérateurs plus hardis. Si le plus souvent les abcès ovariques s'ouvrent dans le rectum, le vagin, ou du côté de la paroi abdominale et peuvent ainsi guérir quelquefois; en général, même après ouverture artificielle, ils deviennent fistuleux avec évacuations intermittentes et aboutissent à la septicémie. Ils peuvent aussi se rompre dans le péritoine et provoquer la mort par péritonite purulente. Ce sont ces considérations qui ont fait penser aux chirurgiens contemporains qu'il y avait avantage à pratiquer une opération plus radicale et qui, malgré sa hardiesse, donne, lorsqu'elle est faite dans les conditions voulues, des résultats surprenants ; nous voulons parler de la *laparotomie*.

Les succes donnés par cette opération ont été si nombreux que quelques chirurgiens n'ont pas hésité à conseiller la laparotomie exploratrice comme moyen de diagnostic.

Lawson Tait dit que si on ouvrait l'abdomen et qu'on cherchât à se rendre compte des causes dans tous les cas dits septicémiques qu'on observe à la suite des couches, on éviterait bien des morts.

C'est là une pratique assurément exagérée, mais qu'on pardonne dans la bouche de l'auteur lorsqu'on lit sa statistique si encourageante.

Dans son traité des maladies des ovaires, il donne les résultats suivants qui lui sont personnels :

240 ovariotomies.....	morts	3
58 enlèvements des annexes de l'utérus..	»	0
32 opérations pour abcès pelviens...,.....	»	0

Keith d'Edinbourg a enlevé en 6 mois 26 fois les annexes de l'utérus sans perdre une seule malade

Nicoladoni d'Insprück sur 50 laparotomies a eu 45 guérisons.

Indications de la laparotomie. — En présence de tels résultats les chirurgiens n'hésitent plus à ouvrir l'abdomen chaque fois que l'indication s'en présente. Or la laparotomie semble être aujourd'hui l'opération de choix, d'abord parce qu'elle permet de traiter les abcès qu'on ne pourrait pas atteindre par le rectum ou le vagin ; en second lieu parceque la méthode de l'incision, telle que nous l'avons indiquée plus haut, est souvent insuffisante, qu'elle donne lieu à des trajets fistuleux très longs à se cicatriser et dont la durée interminable finit par amener la fièvre hectique, qu'elle ne prévient pas forcément une ouverture spontanée pouvant se faire dans le péritoine ou un autre organe abdominal, en résumé parce qu'elle donne des résultats moins brillants que la laparotomie, opération qui a

aujourd'hui beaucoup perdu de sa gravité depuis l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique.

Contre-indications. — S'en suit-il qu'on doive la pratiquer dans tous les cas d'abcès de l'ovaire? Evidemment on ne peut pas poser une règle aussi absolue. Si l'abcès semble peu volumineux, s'il vient de bonne heure et naturellement faire hernie dans un des points signalés plus haut, si l'état général de la malade est satisfaisant, on peut essayer l'incision, quitte à faire plus tard une opération plus radicale. Dans tous les autres cas nous donnons la préférence à la laparotomie, étant d'accord sur ce point avec la majorité des chirurgiens contemporains, Lawson Tait, Spencer-Wells, Péan, Terrillon, Pozzi, etc.

Technique opératoire. Incision de la paroi abdominale. — On peut faire l'incision sur la ligne blanche. C'est même la meilleure manière d'agir si l'on se trouve en face d'une ovarite suppurée double. La ligne blanche offre du reste cet avantage de ne nécessiter qu'une incision unique qui peut être prolongée à loisir, qui n'expose pas à des hémorragies et qui suit une direction parrallèle à celle des fibres musculaires de la paroi abdominale. Cette incision ne diffère pas de celle qu'on pratique dans l'ovariotomie; aussi croyons-nous inutile de donner plus de détails. Nous nous contenterons de dire qu'il ne faut faire qu'une incision de moyenne longueur quitte à la prolonger dans un sens ou dans l'autre.

Si pour des raisons particulières, telles que: abcès unique et bien localisé d'un côté, adhérences probables de l'ovaire profondément descendu dans le petit bassin; au cas où l'on devrait extirper cet organe, l'incision sur la ligne médiane semble contre indiquée, on pratique une incision dans la région des flancs, tout en n'ignorant pas, qu'opérant dans le voisinage de l'artère épigastrique, on s'expose à un écoulement de sang beaucoup plus abondant, et que, divisant transversalement les

fibres musculaires qui se rétractent, on n'obtient qu'une cicatrice très mince.

Ouverture de l'abcès. — Après avoir incisé couche par couche on arrive sur le péritoine, on entoure le foyer d'éponges désinfectées pour empêcher la pénétration du pus dans le péritoine et l'on ponctionne. Christian Fenger (1) conseille de faire sur le point le plus saillant, le plus fluctuant, une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. Si on retire du pus on fait une ponction aspiratrice et l'on incise ensuite au thermocautère ou au bistouri la poche dont on attire les parois avec les pinces, en ayant soin de ne pas la déchirer. On en fixe ensuite les bords à la paroi abdominale par quelques points de suture.

Extirpation des annexes de l'utérus.—Nous pensons qu'il y a tout avantage à enlever l'ovaire ou les ovaires malades. On doit très souvent enlever avec eux les trompes dont le travail morbide est presqu'inséparable de celui des ovaires. Quelquefois il faut enlever une portion plus ou moins considérable du ligament large. Ce sont là des manœuvres pénibles qui demandent une certaine habitude, même une certaine hardiesse de la part de l'opérateur. Il faut aller profondément chercher les ovaires qui sont devenus d'un accès difficile, il faut déchirer les adhérences qu'ils ont contractées avec les trompes, l'utérus, les ligaments, larges, les intestins, l'épiploon ; les décoller pièce par pièce avec les doigts.

On éprouve quelquefois de grandes difficultés dans cette extraction. Dans l'épaisseur des néoplasies pathologiques qui constituent les adhérences, on rencontre souvent des veines variqueuses qu'on déchire et qui donnent lieu à des hémorragies abondantes. Quelquefois on éprouve de la difficulté à constituer le pédicule parce que le ligament large a été entamé,

(1) American Med. Assoc. 85.

raccourci et lorsque le pédicule est formé on risque de voir les sutures glisser et une hémorragie se produire.

Lawson Tait (1) dans une statistique de 26 ablations incomplètes des annexes de l'utérus se montre partisan de l'ablation des deux trompes et des deux ovaires, parce que, dit-il, il se produit une péritonite par suite de la récidive dans l'ovaire respecté, parce que les femmes deviennent assez malades pour qu'une deuxième opération doive être faite, parce que le plus souvent il y a quand même stérilité.

Nettoyage de la poche et toilette du péritoine. — Après avoir enlevé les annexes malades de l'utérus il faut nettoyer la poche et faire la toilette du péritoine. Il n'est pas prudent de gratter la poche avec la curette ni de chercher à la détruire à l'aide de solutions caustiques fortes; il vaut mieux la laver à grande eau.

Baumgartner (2) projette sur les anses intestinales à l'aide d'un tube en caoutchouc fixé à un récipient un jet de liquide (solution d'ac. salicylique à 1/1000 et à 30°) avec une force de $1^{m}50$ de hauteur et continue ce lavage jusqu'à ce que l'eau sorte claire de l'abdomen. Les viscères sont ensuite essuyés avec des éponges désinfectées.

Les chirurgiens français (Bouilly, Terrillon, Pozzi, etc.) préfèrent aux solutions antiseptiques qui sont toujours plus ou moins caustiques l'eau fraîchement bouillie.

Pozzi (3) supprime les éponges qu'il est très difficile de maintenir propres et qui, lorsqu'elles sont neuves sont rudes au frottement, pour les remplacer par des boules de ouate salicylée ou, d'après le procédé de Billroth, par de petits carrés de gaze phéniquée qui ont été préalablement trempés

(1) Brit. Med. Journal 87.

(2) Arch. für Gynœkologie, 1885.

(3) Bullet. de la Soc. de chirurgie, 1887.

dans une solution d'acide phénique à 50/1000 portée à l'ébullition. C'est une pratique analogue qu'on suit depuis longtemps dans les services de chirurgie de l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Ajoutons que les éponges peuvent être conservées à condition d'être tenues parfaitement aseptiques.

Drainage. — Après avoir lavé et nettoyé la poche, faut-il y placer un drain ? Il est certain que le drain peut rester en contact avec le péritoine pendant plusieurs semaines sans irriter cette séreuse, qu'il facilite l'écoulement du pus, qu'il permet de faire des injections dans la cavité purulente. Mais d'un autre côté il a l'inconvénient de laisser un corps étranger dans la cavité abdominale et d'y faciliter l'introduction de l'air.

Depuis qu'on pratique le lavage abondant du péritoine, les indications du drainage deviennent moins fréquentes (1). En tout cas on doit se servir de tubes en caoutchouc vulgaire, aussi gros que possible, qu'on place profondément, en faisant au besoin une contre-ouverture.

Il faut ne pas laisser le drain un trop long temps en place et le retirer au bout de 48 heures environ.

Tamponnement antiseptique du péritoine. — Mikulicz a pratiqué le tamponnement antiseptique du péritoine en bourrant la poche avec de la gaze iodoformée et en plaçant quelquefois au centre du tamponnement un gros drain pour empêcher toute rétention. On enlève le tout environ deux ou trois jours après.

C'est là une méthode qui, à part Terrillon, n'a pas été employée par les chirurgiens français, qui ne peut trouver son application que dans des cas rares et qui offre ce grand inconvénient qu'on est obligé de retoucher au bout de quelques jours à la plaie péritonéale.

(1) Dans 18 opérations de salpingites par la laparotomie, Terrillon n'a employé le drainage que deux fois.

Suture. — La suture de la plaie est la même que celle qu'on fait après l'ovariotomie. Pour se garer des éventrations qu'on a constatées si souvent à la suite de la laparotomie, Pozzi (1) a coutume de suturer successivement le péritoine et la paroi abdominale au moyen de la suture continue en surjet. Puis il réunit les muscles et les téguments par des sutures à points séparés faites au fil d'argent, ou mieux à la soie plate tressée bien aseptique. Quelques points superficiels complètent la suture abdominale.

Pansement. — Par-dessus on fait un pansement aussi antiseptique que possible qu'on renouvelle au moins tous les deux jours.

Résultats immédiats de l'opération. — Les résultats immédiats de la laparotomie sont en général simples : le choc opératoire est peu prononcé; les malades se réveillent vite et souffrent peu ; la température ne dépasse guère 38° 5. La miction spontanée se rétablit vite.

Complications. — Il faut dire toutefois que cette opération n'est pas complètement à l'abri de complications.

Il peut se produire du shock ou collapsus. Faire usage dans ce cas de stimulants, boissons chaudes et alcooliques.

La péritonite peut survenir. Le premier symptôme qui éveille l'attention est la tympanite qui survient brusquement avec ou sans vomissements. On remarque en plus : la gêne de de la respiration; une douleur vive au niveau de l'incision; des vomissements bilieux ou glaireux; de la constipation; une température élevée; un pouls petit, misérable; un facies caractéristique. Le traitement est le même que celui de la péritonite en général.

Des complications qui peuvent survenir sont : la pyohémie,

---

(1) loc. cit.

la septicémie. On les préviendra par une antisepsie rigoureuse. On les combattra par les stimulants alcooliques qui ont pour but d'activer la circulation et d'éliminer les principes septiques.

Résultats terminaux. — Quand la laparotomie n'est pas suivie de complications, et c'est la règle générale quand on ne s'écarte pas d'une antisepsie rigoureuse, les malades se lèvent trois semaines après l'opération et sortent à la quatrième ou cinquième semaine. Une malade de Bouilly, opérée le 24 novembre 1887, sortit en parfait état le 21 décembre, moins d'un mois par conséquent après l'intervention.

On peut donner comme moyenne de la durée des opérations 35 à 45 minutes, suture et pansement compris. Bouilly pense qu'avec une plus grande habitude et des aides exercés on pourra encore abréger cette durée.

OBSERVATION I

(Meunier, *Bullet. de la Soc. d'Anatomie,* 1881).

Fistule pelvi-fessière. Ovarite suppurée double. Péritonite purulente. Mort.

Virginie P.., 43 ans, cuisinière, entrée le 13 juin 1881 à la Charité pour un abcès fistuleux de la fesse droite. Il y a trois mois cette femme fit dans un escalier une chute violente sur le siège.

Quinze à vingt jours après, un abcès s'ouvrit près du pli interfessier et ne se ferma pas. Il persista un suintement peu abondant d'un liquide grisâtre et sanieux. Le mal ne la gênait pas, ni pour marcher, ni pour s'asseoir.

Sa santé est habituellement bonne. Elle a eu la fièvre typhoïde à 35 ans. Elle est encore réglée et n'a jamais eu d'enfants. Elle n'accuse pas de troubles de la menstruation, renseignement douteux, puisque pendant les six semaines qu'elle a passées dans le service, elle n'a pas eu ses règles.

La fistule est située sur le bord du pli interfessier, à quelques centimètres

au-dessus du pli fessier. On peut pousser un stylet convenablement recourbé jusqu'à 10 ou 12 centimètres en avant, en bas et en dehors, sans arriver sur l'os.

Le toucher vaginal ne donne aucun signe d'une affection du petit bassin.

Aussi la possibilité d'une fistule pelvienne, quoique soupçonnée, ne fixe pas l'attention. Le squelette du bassin n'est pas mis en cause. Cataplasmes pour ramollir l'orifice de la fistule et repos au lit.

20 juin : Application d'un cône d'éponge préparée pour amener la dilatation. Retiré le lendemain.

22 juin : Nouveau cône.

23 juin : L'introduction profonde du doigt dans la fistule n'apprend rien. Injection de teinture d'iode pure.

24 juin : Suppuration plus abondante.

27 juin : Nouvelle injection de teinture d'iode.

30 juin : Vomissements alimentaires. Pas de frisson. Température très élevée. T. S. 40°2. P. 110.

1er juillet : T. M. 37,4 ; S. 38,2.

2 juillet : T. M. 36,9 ; S. 37,3.

3 juillet : T. M. 36,8.

4 juillet : T. S. 39,4.

10 juillet : Pas de fièvre. La malade se lève, mais a un facies abdominal et est abattue.

13 juillet : T. S. 40,5.

14 juillet : T. M. 38,4 ; S. 39,5.

15 juillet : T. M. 38,6 ; S. 39,2.

24 juillet : Vomissements. La malade qui se levait est obligée de se mettre au lit. Ventre très ballonné, très douloureux.

Traits tirés. Langue sèche.

25 juillet : T. M. 37,8 ; S. 36,2. P. 120, petit, filiforme. Vomissements fréquents, peu abondants, d'abord verts, puis porracés, puis bruns. Respiration gênée.

Application d'un large vésicatoire sur l'abdomen.

26 juillet : Mort à cinq heures du matin.

Autopsie. — Péritonite présentant les lésions classiques. Après avoir examiné la surface des masses qui remplissent le petit bassin, reconnu la fluctuation à gauche et reconnu l'absence de perforation, on enlève en masse tout ce que contient le petit bassin.

Vessie, utérus et rectum sains.

La trompe gauche est dilatée, remplie de pus, aboutit à une poche purulente du volume d'un petit œuf qui paraît être l'ovaire.

Un gros abcès du volume du poing communique par un petit pertuis avec la première cavité et occupe le ligament large.

La fistule ne communique ni avec l'utérus ni avec le rectum.

Trompe droite saine.

L'ovaire droit constitue une masse ovoïde, molle et fluctuante. A l'extrémité externe trois petits kystes transparents. L'incision de la tumeur fait pénétrer dans un abcès dont le contenu s'écoule en même temps par la fistule. Les parois de cet abcès sont irrégulières et présentent huit ou dix parties qui le font communiquer avec de petits diverticules arrondis, du volume d'un grain de chénevis. Le pus était verdâtre, épais avec quelques grumeaux.

Pas de tubercules sur aucun des organes.

OBSERVATION II

Par A. Martin (*Annal. de gynécologie,* 1887).

Double ovarite suppurée.

Femme de 43 ans, ayant eu six couches, jamais malade du fait de ses grossesses ou de ses accouchements. Depuis près d'un an, affection gonorrhéique du vagin et de l'urèthre. Depuis 6 mois, violentes douleurs abdominales et métrorrhagies profuses.

A l'examen : A gauche, présence d'une tumeur bien isolable de l'utérus s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne et remontant jusqu'à une largeur de main de l'ombilic. A droite, tumeur semblable, mais plus petite.

Laparotomie. Extirpation des deux tumeurs qui provenaient des deux ovaires suppurés et des trompes qui adhéraient à ceux-ci.

La trompe gauche contenait du pus; la droite était kystique. Durée de l'opération, 36 minutes.

Sauf une légère élévation thermique au 21e jour, la convalescence fut régulière.

OBSERVATION III

Par M. Lespinasse, interne des hôpitaux de Bordeaux (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 juin 1888).

Ovarite suppurée double avec salpingite.

B... (Alice), 18 ans, piqueuse de bottines.

Père alcoolique, mère de bonne constitution. Rien du côté des ascendants ou des collatéraux.

Les antécédents de la malade ne nous révèlent que la rougeole à 5 ans, de l'impétigo du cuir chevelu. Elle se développe imparfaitement jusqu'à 10 ans.

Réglée à treize ans. Ses règles sont peu colorées, peu abondantes, mais se manifestent d'une façon assez régulière.

A 14 ans et demi elle commence le pénible métier de piqueuse de bottines.

A 17 ans survient une entérite et dès lors paraît s'établir l'affection qui fait le sujet de cette observation.

On constata la présence d'une tumeur de la grosseur d'une belle orange, siégeant au niveau de la ligne blanche, très douloureuse et qui empêcha pendant 4 ou 5 jours selles et mictions. On institua le traitement de la pelvipéritonite.

Sur ces entrefaites, elle eut une pleurésie qui fut guérie par les vésicatoires en une quinzaine de jours.

Après avoir repris son travail, elle fut obligée de le quitter bientôt pour rentrer dans le service de M. le professeur Pitres.

Un examen approfondi de l'abdomen fit penser à une suppuration du petit bassin, d'autant plus qu'une certaine quantité de pus s'écoulait par le vagin.

L'examen des organes respiratoires ne révéla rien d'anormal.

Envoyée en chirurgie, dans le service de M. le Dr Dudon, elle subit un nouvel examen.

Dysménorrhée très prononcée.

Dans la région abdominale inférieure, tumeur manifeste sur la ligne médiane, plus saillante du côté droit et empiétant aussi légèrement du côté gauche. Ecoulement par le vagin d'un pus mal lié et très fétide.

La malade rend aussi du pus avec les fèces.

On fait des injections phéniquées.

L'exploration des organes génitaux démontre que : le col a les caractères du col virginal, que l'utérus est mobile. Au-dessous du col existe un orifice par où s'écoule le pus.

En s'aidant de la palpation abdominale, on constate l'existence de cette tumeur, adhérente, qui peut être déprimée, manœuvre qui augmente l'écoulement du pus.

Le 8 février on installe par l'orifice, préalablement agrandi, deux sondes en gomme par lesquelles on fait des injections d'eau phéniquée tiède ; on injecte encore une demi-seringue d'une solution au chlorure de zinc et 100 grammes environ de glycérine iodoformée.

Dans la journée la malade présente tous les signes de la péritonite subaiguë à forme algide avec un pouls absolument filiforme. La mort a lieu dans la soirée.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on constate sur le péritoine qui tapisse sa face postérieure des traces évidentes de péritonite chronique. Les intestins hyperhémiés baignent dans une quantité assez considérable de liquide. L'épiploon présente des adhérences avec les organes voisins.

Utérus normal.

Trompes augmentées de volume, communiquant chacune avec une poche purulente qui représente l'ovaire. Chacune de ces poches aboutit en outre à une grande cavité située en arrière du col de l'utérus.

C'est cette poche postérieure qui communique d'un côté avec le vagin, et de l'autre avec le rectum par un orifice très net.

Foie en dégénérescence graisseuse.

Cœur normal.

Du côté des poumons quelques adhérences pleurales, trace d'une ancienne

pleurésie, mais pas de dégénérescence tuberculeuse, du moins au point de vue macroscopique.

L'examen microscopique des ovaires a montré des follicules abcédés et à côté, des follicules encore reconnaissables. Le tissu interstitiel présente aussi de petits abcès ; il existe une notable prolifération de tissu fibreux.

Sur plusieurs points l'existence de parois kystiques.

OBSERVATION IV

(par Pozzi. *Soc. de Chirurgie*, octobre 1887).

Pyo-salpingite double avec ovarite suppurée gauche. Salpingo-oophorectomie double sans drainage consécutif. Guérison.

Mathilde Bu... âgée de 21 ans, confiseuse, entrée le 5 juillet 1887, à l'hôpital Pascal.

Mère morte de tuberculose pulmonaire ; père vivant et bien portant ; une sœur tuberculeuse.

Réglée à 15 ans. Toujours bien réglée jusqu'à sa grossesse.

Un enfant. Accouchement laborieux en présentation du siège.

Au mois de juillet 1886, un mois après son accouchement, la malade entre dans le service de M. Gallard et après quatre mois de séjour à l'hôpital, en sort très améliorée.

Au mois de février 1887 la malade est reprise de douleurs dans le ventre plus aiguës que la première fois et qui s'irradient dans les reins et dans les cuisses.

Deux mois plus tard il se produit une amélioration dans l'état de la malade et ce serait vers cette époque qu'elle contracta une blennorrhagie à la suite de laquelle tous les symptômes s'aggravèrent ; règles très irrégulières, hémorragies tous les quinze jours et qui durent pendant quatre ou cinq jours.

Elle entre dans le service de M. Pozzi le 2 juillet 1887.

En pratiquant le toucher vaginal on trouve le col de l'utérus immobilisé entre deux tumeurs et dévié à droite. Les culs-de-sac latéraux sont effacés. Dans le cul-de-sac latéral gauche on trouve une tumeur assez volu-

mineuse, allongée, irrégulière, qui repousse l'utérus à droite. Dans le cul-de-sac droit, on trouve une seconde tumeur bien moins volumineuse que la première, également allongée et irrégulière.

L'utérus mesure 7 centimètres à l'hystéromètre. Le toucher rectal permet de constater qu'il n'y a rien en arrière de l'utérus ; on sent le fond de l'organe en rétroversion.

Opération le 9 juillet 1887. — Laparotomie. — Extirpation des tumeurs après avoir pédiculisé leur base par des points de suture à la soie. Les deux feuillets du ligament large sont réunis par un surjet en catgut avec une grosse aiguille courte pointue.

Suture du péritoine séparément. Suture de la paroi abdominale.

Les trois premiers jours qui suivirent l'opération, la malade eut une température assez élevée. La température tomba le quatrième jour. Le septième jour il y eut de nouveau une légère élévation et le lendemain on dut ouvrir un très petit abcès de la paroi abdominale.

La température baissa immédiatement et le quinzième jour la plaie était complètement cicatrisée.

L'examen des pièces fit constater une rougeur intense et une augmentation de volume du tiers interne de la trompe gauche ; du pus dans cette trompe ; un petit foyer purulent dans l'ovaire.

La trompe du côté droit est également rouge, épaissie, volumineuse, mais ne renferme pas de pus. Sur l'ovaire droit on trouve un tout petit kyste.

A l'examen microscopique on rencontre dans l'ovaire du côté gauche, qui nous intéresse plus particulièrement, de l'infiltration embryonnaire. Pas de follicules tuberculeux. Pas de gonococci.

OBSERVATION V

par le Dr Letulle, (*Annales de Gynécologie*, 1884).

Abcès enkysté de l'ovaire gauche. Pelvi-péritonite rétro-utérine. Tuberculose pulmonaire peu étendue. Mort rapide.

Malade observée incomplètement de son vivant. A son entrée, le 18 juillet 1884, la malade accusait de violentes coliques depuis huit jours ; elle avait de la diarrhée, des vomissements et de la céphalalgie. Langue sèche ;

nausées ; pouls petit et fréquent, 120 ; T. : 38° 6. Abdomen un peu ballonné et douloureux.

A l'examen de la poitrine on trouvait les signes d'une tuberculose peu avancée.

M. Letulle songea à une poussée tuberculeuse subaiguë et pensa qu'on pouvait expliquer les douleurs épigastriques et hypochondriaques, par une lésion péritonéale probable et tuberculeuse.

Or, la malade ayant succombé quatre jours après, presque subitement, voici ce que démontra l'autopsie :

Encéphale normal.

Poumons présentant quelques anciennes adhérences dans toute leur étendue. Quelques tubercules anciens, surtout vers les sommets, principalement à droite.

Cœur, foie, reins, sains.

Rate un peu volumineuse.

L'excavation pelvienne est comblée par des adhérences péritonéales étendues entre le rectum, l'utérus et ses annexes. En écartant ces adhérences, on tombe sur une péritonite pelvienne qui s'est collectée du côté droit. La trompe est considérablement déviée et immobilisée contre la partie postérieure de l'excavation pelvienne.

L'ovaire droit, recouvert de fausses-membranes peu anciennes, est couché dans une sorte de nid limité par la trompe en arrière, le ligament rond en avant. L'ovaire adhère à la trompe dans une étendue d'au moins 2 centimètres.

A gauche, la trompe adhère dans toute sa hauteur à la face postérieure de l'utérus et est déviée. Elle aboutit à une cavité purulente qui n'est autre chose que l'ovaire suppuré.

L'*ovaire suppuré,* dans lequel s'abouche la trompe gauche, forme une tumeur du volume d'une très grosse noix ; elle est parfaitement circonscrite et isolée du reste de la cavité péritonéale ; elle est remplie de pus ; ses parois sont irrégulières, anfractueuses, surtout à sa partie antéro-inférieure. On y trouve des cloisons incomplètes formant des sortes de petits diverticules irrégulièrement arrondis. La partie la plus antérieure (celle qui touche au ligament large) offre un aspect remarquable rappelant parfaite-

ment, sur une surface de 2 centimètres environ celui que présente la cavité d'une auricule du cœur. Il s'agit peut-être en somme d'un ovaire kystique petit ayant subi l'influence d'un processus inflammatoire.

Rien à noter du côté de l'utérus, du rectum, de la vessie.

L'examen histologique des parois de la poche ovarienne n'a pas permis de retrouver la structure de la glande plus ou moins altérée. Pas trace de cellules géantes ni d'îlots de follicules tuberculeux. La recherche des bacilles tuberculeux a aussi été négative.

OBSERVATION VI

Ovarite gauche suppurée. Péritonite aiguë.

Par M. Armand Chevalier (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1883).

Jeanne Labarthe, 28 ans, entre dans le service de M. le professeur Picot le 27 novembre 1882.

Facies péritonéal très caractéristique. Figure et extrémités cyanosées, refroidies et couvertes d'une sueur visqueuse. Respiration difficile, courte, anxieuse; environ 48 respirations par minute.

Pouls petit, filiforme, irrégulier et très fréquent.

Abdomen distendu, météorisé, douloureux. La douleur s'exaspère par la pression seule des couvertures.

La percussion pratiquée très légèrement semblait révéler qu'il existait un peu de liquide dans la cavité péritonéale.

Voici les renseignements que fournissait la malade :

Il y a environ dix jours, au moment de l'apparition de ses règles, elle se serait mouillée et refroidie. Instantanément après, l'écoulement sanguin se serait arrêté, suivi de quelques douleurs vagues, siégeant principalement au niveau de la fosse iliaque gauche. Mais ce n'est que le huitième jour que les symptômes seraient devenus beaucoup plus accusés.

Elle avait eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. Le genou droit en effet était gonflé, rouge, douloureux, et la synoviale était distendue par une légère quantité de liquide. Au cœur on entendait un bruit de frottement très net, bruit de va et vient, sans souffle aux orifices.

Les autres organes n'avaient pu être étudiés avec le soin nécessaire en raison de l'accablement de la malade.

Langue très sèche. Soif vive. Température prise le soir même de son arrivée : 39°5.

On fit placer immédiatement de la glace sur le ventre. 10 centigr. de poudre de calomel. Potion avec 75 centigr. d'infusion de feuilles de digitale et 200 gr. de punch chaud.

28 novembre : Les symptômes se sont accusés davantage. La température est descendue à 38°. Même traitement, plus un large vésicatoire sur la région abdominale.

Mort à une heure de l'après-midi.

Autopsie, le 29. Surfaces intestinales attachées aux parois de l'abdomen par des membranes fibrino-purulentes, de formation récente. Circonvolutions intestinales sont régalement reliées entre elles par ces mêmes produits.

Intestins très distendus par les gaz. Dans le ventre, un liquide jaunâtre, ayant l'aspect extérieur du pus louable, dont la quantité peut être évaluée à 4 litres.

Adhérences nombreuses et résistantes de formation ancienne dans les deux plèvres.

Poumons emphysémateux au sommet, congestionnés à la base. Plèvres épaissies.

Cœur présente à la face antérieure quelques plaques laiteuses anciennes. Péricarde non adhérent, mais épaissi et chagriné. Valvule mitrale présente un léger épaississement sur ses bords. Sur l'aorte quelques plaques athéromateuses.

Foie et reins peu altérés.

Les organes du petit bassin étant enlevés, on ne trouve dans l'utérus que des traces de congestion récente, comme on les rencontre chez les femmes qui viennent d'être réglées. Les trompes et l'ovaire du côté droit ne montrent rien de particulier.

L'ovaire gauche a complètement disparu. Il est remplacé par une cavité du volume d'un petit œuf, tapissée à sa face interne par une membrane re-

couverte de produits purulents et qui paraît être un foyer d'ancienne ovarite qui se serait ouvert dans le péritoine.

Le rectum et la vessie sont sains.

OBSERVATION VII

(par Darolles, *Ann. de Gynécologie*, 1876).

Salpingite suppurée double. Ovarite droite suppurée. Péritonite aiguë.

L... Augustine, 34 ans, entrée le 6 mars 1876 dans le service du Dr Gallard.

Rien de particulier dans les antécédents.

En 1875 une grossesse normale et un accouchement pénible à la suite duquel elle ressentit des douleurs violentes dans le bas-ventre, douleurs qu'un traitement rationnel ne dissipa pas et qui l'ont forcée à entrer à la Pitié.

Etat général satisfaisant.

Poumons sains. Au cœur léger souffle anémique.

Apyrexie complète.

Ventre souple, peu douloureux. Une pression profonde dans le flanc droit, détermine cependant une vive douleur. Ni tumeur, ni empâtemen profonds.

Au toucher, muqueuse vaginale chaude, mouillée par un mucus abondant; col gros, entr'ouvert, porté à gauche. Le cul-de-sac latéral droit abaissé, est le siège d'un empâtement manifeste, au niveau duquel le doigt perçoit les battements artériels.

Prescription : repos au lit; 6 ventouses scarifiées sur la région iliaque droite; purgatif léger.

Du 11 au 18 mars, mieux sensible.

Dans la nuit du 18 au 19 mars, douleur abdominale très vive, suivie de deux vomissements verdâtres.

Facies grippé. Pouls très petit. T. 35°.

Ventre légèrement ballonné et modérément douloureux à la pression; les urines sont supprimées.

Prescription : thé au punch ; glace à l'intérieur ; frictions alcoolisées ; couche de collodion sur le ventre.

Autopsie. — Poumon gauche renferme quelques tubercules disséminés ayant subi la dégénérescence calcaire. Poumon droit et cœur sains.

Péritonite aiguë généralisée.

Utérus uni par des brides filamenteuses aux organes voisins.

Les annexes utérines perdues au milieu de ce tissu phlegmasique ne sont pas facilement reconnaissables par la simple inspection. Seules les trompes, flexueuses, grosses, se reconnaissent à la conformation spéciale de leur pavillon.

Sur la trompe gauche on voit une petite solution de continuité qui fait communiquer l'intérieur du conduit avec la cavité péritonéale. De cette ouverture anormale ainsi que du pavillon de la trompe suinte un liquide purulent.

La trompe droite est aussi gorgée de pus.

Le volume de l'ovaire droit est bien supérieur à celui de l'ovaire ganche.

L'examen microscopique montre sur une coupe, faite suivant le grand axe, un semis de petits points abcédés, séparées les uns des autres par du tissu interstitiel congestionné. En certains points, et notamment au-dessous de l'enveloppe ovarienne, on rencontre des abcès d'un volume plus considérable, résultant probablement de la fusion de deux ou plusieurs abcès miliaires.

La plupart des follicules ont disparu et sont représentés par des abcès miliaires. A un grossissement plus fort, on constate des signes d'inflammation commençant dans les follicules qui ne sont pas encore détruits. Au milieu de la prolifération cellulaire dont ils sont le siège, il est impossible de retrouver l'ovule.

Les altérations du stroma, quoique moins profondes que celles des follicules, sont cependant des plus manifestes.

OBSERVATION VIII

Par Ch. Rémy (*Bullet. Soc. d'anatomie, 1875*)

Double ovarite. — Pelvi-péritonite ancienne. — Péritonite purulente aiguë. — Pleurésie purulente à droite.

R..., Marie, 53 ans, couturière, entre le 15 mars 1875, à l'hôpital de Lourcine.

Cette femme raconte que depuis 1871, elle a des hémorragies utérines peu abondantes, revenant tous les quinze jours; malgré cela, elle a toujours travaillé et n'a cessé son travail qu'il y a huit jours. A cette époque, elle fut arrêtée par des douleurs subites dans le ventre, sans vomissements, avec fièvre. Ces douleurs n'ont pas cessé depuis leur apparition; deux jours après leur début, survint du tympanisme.

16 mars. — La malade est affaissée. Intelligence nette. Teinte subictérique des conjonctives. Face couverte de sueur. Extrémité des doigts bleuâtre. Langue légèrement refroidie et rouge. Parole affaiblie. Ballonnement du ventre un peu plus marqué à gauche qu'à droite. Tout l'abdomen est sonore. Tension de la paroi abdominale. Par le toucher vaginal, on ne trouve aucune lésion sur le col de l'utérus ni dans les parois du vagin.

Pouls petit, filiforme, fréquent; 120 pulsations. T. M. 37°, 5. Limonade vineuse, café. Lavement purgatif. Vésicatoires de chaque côté de la ligne blanche. T. S. 39°, 7. Deux vomissements jaunâtres, fécaloïdes, dans la journée.

Mort le soir 16 mars, à 5 heures.

Autopsie. — Les intestins adhèrent faiblement les uns aux autres. Fausses-membranes fibrino-purulentes, siégeant surtout dans les sinus que forment deux anses voisines en s'accolant. Vésicule biliaire renferme un calcul.

Le rectum adhère dans une grande partie de son étendue aux annexes de l'utérus, et notamment à la trompe gauche. Rien à la vessie.

L'utérus est augmenté de volume. Dans sa cavité existe un corps fibreux du volume d'un œuf de pigeon. Les orifices des trompes sont libres.

Le cul-de-sac rétro-utérin n'existe plus; adhérence totale de la face postérieure de l'utérus avec le rectum. Le cul-de-sac vésico-utérin est intact.

A gauche, l'*ovaire* du volume d'un petit œuf de poule est plein de pus. La trompe du même côté est accolée à la face postérieure de l'utérus et à l'ovaire qu'elle contourne; elle est dilatée, mais sa muqueuse n'a pas suppuré. Elle est perméable dans toute son étendue.

A droite, l'ovaire est moins altéré : il est rougeâtre et contient un caillot récent. La trompe, qui a la même situation que celle du côté gauche, contient du pus.

Foie a un aspect granuleux.

Cœur graisseux.

Poumons œdématiés et emphysémateux. Fausses membranes purulentes à la base de la plèvre droite.

Il n'y avait pas de perforation ayant permis l'ouverture de l'abcès ovarique dans le péritoine.

OBSERVATION IX

Ovarite gauche suppurée.

par Mme Boivin (citée dans la thèse de Brouardel, Paris, 1865).

La nommée S..., 24 ans, entra à la maison de santé en janvier 1832.

Réglée à 11 ans, mal réglée jusqu'à 18 ans, époque où elle entra une première fois à la maison de santé pour des douleurs d'estomac.

Sa deuxième entrée fut déterminée par des douleurs dans les régions inférieures de l'abdomen. Cette fois encore les règles avaient retardé de plusieurs mois.

Sa troisième entrée fut déterminée par une suppression de règles accompagnée de toux et de vomissements de matières glaireuses. Développement progressif d'une tumeur rénitente au-dessus du pubis, ce qui fit supposer une grossesse. Mais pendant son séjour il s'opéra tout à coup un écoulement abondant de sérosité par le vagin.

Elle rentra une quatrième fois amenée par la toux et les crachements de sang. Les règles se supprimèrent de nouveau et il *s'établit par le vagin un*

écoulement de matière, blanche d'abord, puis d'un vert pistache, qui fut suivi plus tard d'un grand écoulement de sang par la vulve.

En janvier 1832, en plus des symptômes de la phtisie pulmonaire, la malade se plaint encore de douleurs dans la matrice, d'élancements dans le rectum. Par le toucher vaginal, on trouvait à travers la paroi gauche du vagin une tumeur solide assez volumineuse répondant au-dessus de l'anneau inguinal et paraissant appartenir à l'ovaire gauche.

Autopsie. — Poumons farcis de tubercules. Quatre ou cinq petites ulcérations tuberculeuses dans la trachée et le larynx. Quelques ulcérations tuberculeuses dans l'intestin.

Trompes utérines dilatées, oblitérées; franges du pavillon effacées.

Ovaire gauche du volume d'une petite orange, recouvert en partie par une large portion de fausse membrane et par la trompe qui y était soudée. On y remarquait plusieurs tubercules à l'état de crudité. Cet ovaire sacciforme, *rempli d'une matière purulente d'un jaune verdâtre,* présentait extérieurement quelques petits orifices qui s'ouvraient dans la fausse-membrane dont il était recouvert, orifices momentanément fermés par une couche inorganique, concrète, qui tapissait l'intérieur du kyste.

L'autre ovaire présentait un tissu rosé et quelques petits kystes oblongs, remplis d'un liquide épais d'un brun jaunâtre.

CONCLUSIONS

1° A la pathogénie assignée par les anciens auteurs aux ovarites suppurées (puerpéralité, tuberculose, blennorrhagie), il faut ajouter l'influence prépondérante du surmenage professionnel et de la misère physiologique ;

2° La marche des abcès de l'ovaire est essentiellement variable. En général le pus fuse vers les organes du voisinage en donnant lieu à des fistules intarissables qui contribuent souvent à établir le diagnostic ;

3° Des complications graves, telles que péritonite, infection purulente, entraînent la mort des malades si un traitement énergique n'intervient pas à temps ;

4° Ce traitement doit être essentiellement chirurgical : au lieu des incisions suivies de drainage et d'injections, il est souvent préférable d'employer la laparotomie qui, bénéficiant largement des progrès de l'antisepsie, a donné dans ces dernières années les plus brillants résultats.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr E. MASSE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 juillet 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Boivin et Dugès. — Maladies de l'utérus et annexes, 1883.

Brouardel. — Tuberculose des organes génitaux. Thèse, Paris, 1865.

Churchill. — Traité pratique des maladies des femmes.

Courty. — Traité des maladies de l'utérus et annexes (2e édit.).

Cruveilhier. — Dict. de médecine et de chirurgie pratiques.

Dalché de Desplanels. — Ovarite. Thèse Paris, 1885.

Ferrand. — Ovarite chron. (France Méd., 83). — Dict. Encyclopédique.

Gallard. — Traité des maladies des femmes.

A. Guérin. — Leçons sur les maladies des org. génitaux internes de la femme, 1888.

Lucas-Championnière. — Arch. de tocologie, 1875.

Martineau. — Maladies de l'utérus.

Merlou. — Ovarites aiguës. Thèse Paris, 1877.

Montault. — Journal hebd. des progrès des sc. méd., 1834.

Nonat. — Maladies de l'utérus.

Nordau. — Castration, Thèse Paris, 1882.

Pozzi. — Bullet. et mém. soc. de chirurgie, février, 1888.

Scaglia. — Différentes formes de l'ovarite aiguë. Thèse Paris. 1870.

De Sinety. — Manuel pratique des maladies des femmes. Paris, 1879.

Spencer-Wells. — Tumeurs de l'ovaire.

Terrillon. — Bullet. et mém. soc. de chirurgie, 1888.

West. — Leçons sur les maladies des femmes. (Trad. Mauriac, 1870).

— Compendium de chirurgie.

— Dictionnaires.

12,702. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjean, 17.